

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N° 92

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Étienne TARTOIS

Né le 1^{er} janvier 1888, à Provins (Seine-et-Marne)
Ex Interne en chirurgie des hôpitaux de Paris

NOUVEAU PROCÉDÉ

DE

BLÉPHAROPLASTIE

SANS PÉDICULE

Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

92

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Étienne TARTOIS

Né le 1^{er} janvier 1888, à Provins (Seine-et-Marne)
Ex-Interne en chirurgie des hôpitaux de Paris

NOUVEAU PROCÉDÉ

DE

BLÉPHAROPLASTIE

SANS PÉDICULE



Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
 ASSESSEUR : G. POUCHET
 PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique.	AUGUSTE BROCA
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	N.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	LETULLE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	DEBOVE
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Clinique médicale.	N.
Maladies des enfants	N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LESUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène et Clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

M. LE DOCTEUR OULMONT }
M. LE DOCTEUR TH. LEGRY } (Charité).
M. LE DOCTEUR DARIER (Saint-Louis).
M. LE DOCTEUR G. LION (Pitié).

Internat

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIERRE DUVAL
(Bicêtre).
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI (Pitié).
M. LE PROFESSEUR BROCA (Enfants-Malades).
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. L. FAURE (Cochin).
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RÉNON

MM. LES DOCTEURS HALLOPEAU, BENSAUDE,
RAMOND, PISSAVY, RIBADEAU-DUMAS,
CIVATTE, PHÉLIP, HOUDART, PAILLARD

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DE LA PERSONNE

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique ophtalmologique
de la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu m'inspirer le
sujet de cette thèse.*

*Hommage de ma gratitude et
de mes sentiments très respec-
tueux.*

NOUVEAU PROCÉDÉ
DE
BLÉPHAROPLASTIE
SANS PÉDICULE

Sans amener des lésions bien nouvelles dans la destruction des différentes régions de la face, la guerre a contribué à les rendre plus fréquentes. Le rôle esthétique que jouent les paupières dans la physionomie dit assez quels soins on doit apporter dans les opérations destinées à refaire les paupières : opérations groupées communément sous le nom générique d'autoplastie palpébrale ou plutôt de blépharoplastie.

En France, ces plasties sont du domaine de la spécialité, et il m'a fallu la campagne de Roumanie (novembre 1916-mars 1918) pour avoir l'occasion de m'occuper de la blépharoplastie. Dans ce pays les difficultés de communications étaient telles que l'envoi des blessés sur des centres spéciaux était pratiquement impossible.

Nous ne nous occuperons ici que de la destruction partielle ou totale des paupières, dont la cicatrisation secondaire, avec rétraction et sclérose, provoque des malformations importantes, nécessitant une intervention d'ordre esthétique et fonctionnel.

Procédés habituels de bléphoroplastie

Bien que les greffes, quelqu'en soit le procédé, aient été connues et appliquées depuis la plus haute antiquité, leur application à la région qui nous occupe ne remonte qu'à une époque récente (Graefe le père, *Traité de Rhinoplastie*, 1818).

La même année Dzondi de Halle rapportait un procédé analogue. Il faut arriver en 1830, pour voir un certain nombre de chirurgiens, Jüngken, Fricke, Dieffenbach en Allemagne et Serre à Montpellier commencer la mise au point de cette chirurgie spéciale. Il est classique de compter cinq méthodes de bléphoroplastie, qui elles-mêmes offrent un grand nombre de procédés :

La méthode indienne ;

La méthode ancienne de Celse, par glissement du lambeau ou méthode française ;

La méthode par pivotement, de Denonvilliers

La méthode italienne de Tagliacozzi ;

La méthode des greffes sans pédicule.

Méthode indienne. — Cette méthode est vraisemblablement la plus ancienne, surtout employée pour la réfection du nez, c'est Graefe qui eut l'idée de la choisir pour la réfection des paupières.

Le procédé le plus habituel de cette méthode consiste à disséquer un lambeau de peau, au voisinage de la région à recouvrir, donc dans la région temporale, à rabattre ce lambeau par une torsion du pédicule et à le suturer de façon à combler la perte de substance. Le pédicule du lambeau était sectionné au bout de quelques jours.

Le procédé de Rollet diffère un peu du précédent désigné quelquefois sous le nom d'opération de Fricke. Rollet taille deux lambeaux symétriques : par exemple pour la paupière supérieure, ces lambeaux sont triangulaires avec une base inférieure, qui constitue le pédicule : l'un de ces lambeaux est interne, naso-frontal, l'autre externe, temporo-frontal, ils sont disséqués et couchés horizontalement de manière à venir combler la perte de substance.

On évite ainsi le boudin formé par la torsion du pédicule dans la méthode indienne proprement dite. Avant la guerre, cette méthode étrit pour ainsi dire la seule employée dans la blépharoplastie et ses résultats sont connus. Depuis la guerre elle a conservé la faveur des spécialistes. Ainsi elle a été préconisée par Magitot et Lagrange se rallie à son opinion. En parcourant récemment son livre paru pendant la guerre sur les fractures de l'orbite, nous avons vu des photographies des résultats obtenus par ce procédé, ces cas évidemment choisis parmi les meilleurs n'étaient pas parfaits, et les cicatrices étaient très visibles.

Méthode par glissement de Celse ou méthode française. — Cette méthode s'applique surtout aux ectropions peu développés de la paupière inférieure ou aux ectropions partiels de la paupière supérieure. Cette méthode comprend un certain nombre de procédés :

Procédé de Dieffenbach. — La cicatrice est excisée avec un lambeau triangulaire à base supérieure répondant à la paupière. Cette base est prolongée latéralement par deux incisions. On décolle les deux lambeaux latéraux ainsi obtenus et on s'efforce de les suturer.

Comme légère modification à ce procédé, Dieffenbach conseille la taille d'un seul lambeau latéral.

Procédé de Burow. — Pour faciliter le glissement du lambeau, Burow excise comme dans le procédé précédent, en triangle, toute la partie cicatricielle qui forme l'ectropion, puis il prolonge l'incision supérieure vers la tempe et fait à ce niveau un deuxième triangle mais dirigé en sens inverse, c'est-à-dire à sommet dirigé en haut. Ce procédé a le grave défaut de faire enlever une partie considérable de peau saine.

Procédé de Richet. — Par double glissement de lambeaux, donne quelque résultat, mais il n'a que des indications très restreintes, puisqu'il ne s'applique qu'à l'ectropion partiel de la partie externe de la paupière inférieure.

Procédé de Serre et de Knapp. — Serre, excise la portion cicatricielle de l'ectropion mais contrairement

aux procédés précédents, il enlève un carré ou un rectangle et rapproche ensuite la peau par deux lambeaux rectangulaires horizontaux. Le procédé de Knapp n'est qu'une légère modification du précédent.

Opération de Mirault. — Dans le procédé de Mirault, on n'excise pas la partie cicatricielle de l'ectropion, on se contente de libérer la paupière de ses adhérences vicieuses par une incision recourbée, suffisamment profonde pour que le bord ciliaire puisse reprendre sa place normale. Ce résultat obtenu, Mirault pratiquait l'avivement au niveau de la muqueuse ectropionnée le long du rebord ciliaire. On préfère maintenant exciser le rebord tranchant des deux paupières de façon à obtenir une meilleure fusion.

Les fils de suture, au nombre de quatre ou cinq, sont enlevés très rapidement, mais la fusion doit être maintenue pendant assez longtemps.

Mirault, une fois la fusion obtenue, laissait la cicatrisation s'obtenir à plat et ne libérait les paupières qu'après s'être assuré de la souplesse de la cicatrice et de l'absence de tendance à la rétraction.

Comme procédés dérivant du précédent, nous pouvons citer celui de :

Bossalino de Pise, qui au lieu d'exciser le bord tranchant des paupières, en pratique le dédoublement et fixe par une anse de fil, le feuillet postérieur de la paupière inférieure entre les deux feuillets dédoublés de la paupière supérieure.

Nous citerons encore les modifications apportées

par Landolt, et Dianoux (de Nantes), modifications qui portent seulement sur la blépharorrhaphie. Quoiqu'il en soit, on peut considérer actuellement la *tarsorrhaphie* comme le premier temps nécessaire de toute intervention blépharoplastique.

Une question qui peut prendre place ici est celle de savoir comment pratiquer la libération ultérieure des paupières. Dans la plupart des cas la chose ne souffre aucune difficulté, il suffit de la faire au niveau de la fente naturelle, sur une sonde cannelée.

Dans d'autres cas, par exemple, quand la paupière inférieure est entièrement détruite, la désunion faite entre les deux rangées de cils amènerait une récédive de l'ectropion. On a proposé pour y remédier l'ouverture d'une nouvelle et artificielle fente palpébrale située au-dessus de la fente réelle (Gradenigo, Panas, Landolt, Kalt, Valude). Il faut également dans ce cas (Valude) pour l'effet esthétique réséquer le bord palpébral et les cils.

Les méthodes précédemment décrites sont abandonnées ou n'ont que des indications très exceptionnelles, toute autre est la méthode par pivotement.

Méthode par pivotement. — Le principal avantage de cette méthode est d'obtenir des lambeaux très grands, permettant la restauration de pertes de substance étendues, tout en évitant des torsions de pédicule.

Procédé de Denonvilliers. — Dans ce procédé, le bord interne du pédicule se trouve à l'extrémité de la plaie d'avivement. Ainsi pour reconstituer la pau-

pière supérieure, on prendra un lambeau dans la région temporale, le pédicule étant en bas ; pour la paupière inférieure, c'est dans la région malaire qu'on prendra un lambeau inversement disposé. Il convient de tailler le lambeau sensiblement plus large que la surface à recouvrir pour compenser la rétraction.

Nous empruntons, en le résumant, à l'encyclopédie d'ophtalmologie, la technique d'une blépharoplastie par pivotement :

1° Section et résection de la cicatrice, libération de la paupière ectropionnée ;

2° Suture palpébrale à la Mirault ;

3° Taille du lambeau. Celui-ci devra être disséqué soigneusement, on doit éviter une couche trop épaisse de tissu adipeux qui donnerait un bourrelet. mais aussi un lambeau trop mince et mal nourri qui serait voué au sphacèle. L'hémostase sera particulièrement soignée ;

4° Le lambeau est amené en bonne place et fixé soigneusement par des crins ou des soies.

La plaie résultant de la prise du lambeau sera également suturée.

On peut avoir affaire (et le cas n'est pas rare en chirurgie de guerre) à des blessés qui outre leur ectropion cicatriciel nécessitant la blépharoplastie, présentent des cicatrices de brûlures ou de blessures occupant en particulier la région temporale ou malaire et empêchant la prise du lambeau.

Si la sclérose est très marquée, avec un tissu sec,

luisant, tendu, peu vascularisé et adhérent, il y a contre-indication.

Un certain nombre de procédés secondaires, qui dérivent du précédent sont intéressant parce qu'ils font la transition avec le procédé sans pédicule que nous décrirons tout à l'heure.

C'est ainsi que *Landolt* a pris à la paupière supérieure un lambeau *attendant encore à celle-ci par ses deux extrémités* et formant pont pour réparer une paupière inférieure. *Valude* de même a taillé dans une paupière supérieure très longue, un lambeau, à pédicule externe, pour reformer une paupière inférieure complètement éversée.

De même *Wicherkiewicz* a emprunté un lambeau triangulaire à la paupière inférieure pour combler une perte de substance de la paupière supérieure.

Méthode des greffes. — La transplantation de lambeaux sans pédicule remonte à la plus haute antiquité. Mais les nombreux échecs qu'on essuie avec cette méthode, provoquent une certaine répugnance dans son emploi.

Au cours de cette guerre, sur des plaies très étendues de la cuisse et du dos, où la greffe italienne était impossible, et où les greffes par glissement avaient donné les plus mauvais résultats, nous avons essayé de transplanter des lambeaux sans pédicule prélevés sur le scrotum, et toujours avec sphacèle du greffon.

Nous ne ferons pas l'historique des greffes épidermiques ou dermo-épidermiques connues sous le nom d'Ollier-Tiersch ; quel que soit le procédé employé,

elles donnent de bons résultats et peuvent hâter considérablement la cicatrisation d'une vaste plaie des membres inférieurs ou du dos. Le reproche qu'on peut leur faire est de ne pas reconstituer une peau saine. Le tissu obtenu est fibreux, lisse, adhérent, bien différent de la peau normale et les muscles sous-jacents participent aux phénomènes de sclérose.

C'est un fait maintenant bien connu :

Lorsque sur un muscle ou un groupe musculaire ayant suppuré longtemps, transformé en un bloc fibreux, blanc, dans lequel il est impossible macroscopiquement de retrouver la structure musculaire, et recouvert d'une peau de cicatrisation secondaire adhérente, on greffe par la méthode italienne, une peau doublée de son derme, en quelques jours le muscle sous-jacent retrouve sa souplesse et son fonctionnement. Des exemples typiques de ces résultats ont été obtenus au niveau des groupes musculaires de l'avant-bras. Sur la paupière, les greffes épidermiques ne paraissent présenter aucun avantage.

Certains auteurs à la suite de Wolfe ont utilisé pour la blépharoplastie, un lambeau complètement détaché et obtenu au niveau de la face interne du bras ou de l'avant-bras. A son défaut, on choisira la peau de la face externe de la cuisse, de l'abdomen ; bref, une peau autant que possible souple, fine et dépourvue de poils.

Dans un cas nous avons utilisé avec succès un lambeau prélevé sur le scrotum.

Pour éviter le sphacèle du lambeau, certains auteurs ont proposé de le morceler en petits carrés de un centimètre dont ils recouvraient la plaie comme d'un carrelage. Mais cette technique n'est généralement pas adoptée.

La technique générale de ces greffes n'a rien de spéciale, elle est de même nature que celle que nous décrirons en détails plus loin.

Méthode italienne. — La première opération de greffe italienne a été faite au xv^e siècle. Ce n'est qu'un peu plus tard, vers 1546, que Tagliacozzi (de Bologne) fit connaître les premiers résultats de cette méthode appliquée à la rhinoplastie.

L'opération se faisait primitivement en trois temps : dans le premier, le chirurgien taillait le lambeau qu'il laissait flottant et ce n'est que quelques jours après, après avoir constaté sa vitalité, qu'il le suturait sur la perte de substance à combler. Dans le troisième temps, il sectionnait le pédicule et cherchait à modeler et à donner sa forme définitive ou greffon.

Après des vicissitudes diverses (Reneaume de la Garenne, Graefe), cette méthode italienne, qui prit même le nom de *méthode allemande*, à la suite des travaux de Graefe, fut mise au point par P. Berger.

C'est ce procédé, à l'exclusion de tout autre, que nous avons employé pour la Blépharoplastie, pendant la première partie de notre séjour en Roumanie (Décembre 1916-juillet 1917).

En l'absence de tout spécialiste et de toute documentation précise sur la question, nous avons appli-

qué à la paupière, notre expérience des autres régions du corps, et là comme ailleurs, la greffe à l'Italienne s'est montrée un procédé excellent.

La technique n'a rien de spécial ; après avoir mesuré la grandeur et la position de la surface cruentée à recouvrir, on libère sur 3 côtés, un lambeau occupant la face antéro-interne du bras, de telle façon que le front du sujet vienne s'emboîter dans le creux du coude plié à angle droit.

Dans un premier temps, la cicatrice est réséquée, la paupière libérée, les bords palpébraux suturés.

Ainsi, pendant la dissection du lambeau brachial, le suintement sanguin en nappe provenant du tissu scléreux de la cicatrice s'hémostase spontanément.

Ensuite le lambeau brachial, dûment mesuré et dont les quatre angles peuvent être facilement marqués par l'empreinte d'une pince de Kocher, est libéré sur ses trois côtés.

Il faut avoir soin comme nous le faisons observer plus haut de conserver suffisamment de tissu sous-cutané pour éviter le sphacèle et pas trop, pour ne pas obtenir une greffe en bourrelet.

Le lambeau est ensuite suturé sur ses trois côtés libres. La plaie du bras est fermée aussi exactement que possible jusqu'à 1 centimètre du pédicule qu'il ne faut pas étrangler.

Berger avait fait construire à l'avance une capeline de cuir et un gantelet en cuir moulé destinés à maintenir le bras exactement dans la position voulue.

Nous ne disposions pas d'un tel luxe, d'ailleurs

une légère minerve plâtrée et quelques tours de bandes plâtrées assuraient une parfaite coaptation, et la plupart des blessés ne se plaignaient pas outre mesure de l'incommodité de cette position.

Au douzième jour, section du pédicule et fermeture complète des deux plaies.

L'inconvénient de rester quelques jours avec le bras enroulé autour de la tête, ne nous paraît pas suffisante pour légitimer le procédé de Snyder, qui utilise un long lambeau cervical : il taille ce lambeau dans la région du sterno-cléido mastoïdien, sa base répond à l'oreille et sa limite inférieure descend jusqu'à la tête de la clavicule.

De cette manière, seule l'extrémité inférieure du lambeau qui sera amenée dans la région palpébrale sera utilisée, le reste passe en pont au-dessus de la joue.

Malgré la précaution de faire la suture cervicale, intradermique ou avec des agrafes de Michel, il n'en persiste pas moins une très longue cicatrice.

Cinq observations de blépharoplastie par la méthode italienne

De la fin décembre 1916 jusqu'à la fin de juillet 1917, nous avons eu l'occasion de pratiquer cinq blépharoplasties. Nous nous sommes tenus à la méthode de greffe italienne, qui nous avait donné des résultats si encourageants pour les autres régions du corps.

OBSERVATION I

V. S..., trente cinq ans, 25^e infanterie.

Blessé par un éclat d'obus dans l'offensive de Transylvanie : blessures multiples du corps et de la moitié gauche de la face, un éclat a enlevé une grosse partie de la paupière supérieure gauche.

Entré à l'hôpital 402, Dorohoi le 15, janvier, déjà presque cicatrisé ; paupière supérieure présente au ectropion marqué, le rebord ciliaire est au niveau des sourcils ; globe intact, vision normale, quelques ulcérations conjonctivales.

30 janvier. — Opération plastique, par la méthode italienne ; le blessé supporte admirablement sa position. Libération de la greffe le onzième jour, très bien prise.

Au bout de quelques jours, le résultat fonctionnel est bon, le globe complètement recouvert, mais le résultat esthétique est moins bon, la peau du bras bien que mince et dépourvue de poils, tranche par sa coloration et son épaisseur sur la peau de la région avoisinante.

OBSERVATION II

T. R..., 63^e infanterie, trente-deux ans.

Blessé fin décembre à Focsani, par grenade : perte de substance étendue de la paupière supérieure droite, lésions oculaires concomitantes, leucome étendu, vision presque abolie.

20 février 1917. — Même intervention que dans le cas précédent, même technique. Les résultats fonctionnels et esthétiques furent les mêmes que dans le cas précédent. Malheureusement le blessé mourut un mois après, ayant subi une double amputation de jambe pour gangrène post-typhique.

OBSERVATION III

P. V..., trente-cinq ans.

Entré à l'hôpital 402, Dorohoi, pour gangrène post-typhique ? du scrotum et de la paupière supérieure droite, le 15 février 1917. Elimination des escharres, puis plaie rouge, bourgeonnante, marchant à la cicatrisation qui est totale vers le 15 mai. Le 15 juin, opération plastique pour lutter contre un ectropion cicatriciel de la paupière. Résultats excellents et guérison complète en un mois.

OBSERVATION IV

M... G., vingt-quatre ans, déjà blessé depuis plusieurs mois, ectropion cicatriciel de la paupière inférieure droite ; intervention le 25 avril, par le même procédé, après résection de la cicatrice.

L'appareil plâtré ayant lâché, le poids du bras a tiré sur le pédicule et sur quelques millimètres, il y a eu sphacèle du lambeau dans sa partie interne.

OBSERVATION V

L... M., vingt-sept ans : destruction ancienne (six mois) de la plus grande partie des deux paupières droites cicatrisées et ectropionnées. Opéré le deuxième mois : double lambeau pédiculé au bras, même résultat.

Nouveau procédé de blépharoplastie sans pédicule, par prélèvement du greffon sur la paupière supérieure saine.

Au cours d'un voyage fait à Iassy, en août 1917, nous avons eu l'occasion de parler des observations précédentes et des résultats obtenus dans la blépharoplastie par la méthode italienne, à notre collègue et ami Dantrelle, ancien interne en ophtalmologie des Hôpitaux de Paris et de la clinique ophtalmologique.

Dantrelle qui venait d'imaginer son procédé nous en a montré les avantages et les résultats excellents. Il nous a communiqué sa technique, quelques-unes de ses observations (voir plus loin) et les dessins qui font comprendre plus facilement la technique.

Nous avons eu dans la suite l'occasion d'appliquer ce procédé avec des résultats excellents.

Il est toutefois regrettable, que les conditions matérielles dans lesquelles nous nous trouvions, ne nous aient pas permis de recourir à la documentation photographique, plus convaincante et plus démonstrative dans les résultats d'un procédé chirurgical.

Dans le résumé que nous avons fait des différentes méthodes et procédés applicables à l'autoplastie pal-

pébrale, nous avons vu que certains (procédé de Landolt), prenaient le greffon au niveau de la paupière supérieure *saine du même côté*, et s'en servaient comme d'un lambeau *pédiculé*.

D'autres (procédé de Wolfe), prennent un greffon *sans pédicule*, mais le prennent au bras, à l'abdomen, etc., etc.

Nous avons enregistré également au cours de cette revue les inconvénients des différents procédés.

Le procédé de Dantrelle est différent par son principe et sa technique.



Fig. 1

Le principe est le suivant : greffer un morceau de peau totale *entièrement détachée* et de NATURE IDENTIQUE à la paupière à remplacer.

Il est en effet à observer que la peau de la paupière supérieure est très lâche chez le sujet normal et que même l'œil fermé, il est possible, sans aucun inconvénient, d'en prélever une grande partie (voir fig. 1).

Il est exact, en effet, que l'on peut enlever sur une seule paupière supérieure, un lambeau de 4 centi-

mètres de large sur 2 cm. 5-3 centimètres de hauteur.

Il n'en résulte aucune gêne, si l'on dissèque bien la peau des bords avant de suturer.

Cette peau est extrêmement élastique et facile à étirer et le glissement n'offre aucune difficulté.

Technique

L'opération se fait de la façon suivante :

1° L'œil où une paupière est à refaire est tarsorrhaphié. Si le bord libre n'existe plus, on prend la peau elle-même ;

2° On détache à l'une des paupières supérieures un lambeau de la forme d'une tranche de melon à concavité inférieure.

La libération du lambeau se fait facilement, et la lâcheté des plans sous-jacents permet très facilement le rapprochement des lèvres de la plaie et leur suture (voir fig. 2-3).

3° Le greffon est soigneusement essuyé dans de la gaze stérile, et est suturé avec de la soie fine, à la périphérie de la perte de substance qui résulte de la dissection et de la résection de la cicatrice sur la paupière ectropionnée (v. fig. 4).

Il est important d'assurer une hémostase parfaite de cette plaie ;

4° Avant d'appliquer un pansement aseptique toute la région est recouverte d'une couche de vaseline stérile.

Cette précaution paraît indispensable ; nous avons



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

eu un échec, dans un premier cas que nous avons essayé de ce procédé, pour n'avoir pas mis de vaseline (voir obs.) ;

5° Le pansement binoculaire n'est enlevé le quatrième jour que pour l'œil porte-greffon, le pansement de l'œil greffé n'est enlevé que le sixième jour. A cette date, tous les fils sont enlevés.

Il semble qu'il doive y avoir une gêne à l'œil porte greffon. Il n'en est rien si la libération de la peau a été bien faite. Peu à peu la paupière se refait entièrement, la cicatrice perdue dans les plis devient totalement invisible, et l'opéré ferme les paupières comme auparavant ; la gêne du début devient nulle au bout de quelques jours.

Remarques

I. Le lambeau est extrêmement élastique, la greffe peut prendre même si le greffon est trop court et tirailé.

Mais il est préférable que la traction en tous sens qu'il subit soit légère.

Il est utile de toujours le tailler suivant la forme du dessin. La surface à recouvrir peut ne pas avoir cette forme ; l'adaptation est toujours parfaite, cette peau étant extrêmement souple.

II. Il faut éviter l'hématome. En général, il n'y a qu'à attendre suffisamment pour avoir une surface qui ne saigne plus, soit à l'œil greffé, soit à l'œil porte-greffon. C'est à cela également que vise « l'essuyage » du greffon détaché.

III. Il ne faut pas faire le pansement trop tôt, sous peine de tout déchirer. De même l'emploi de la vaseline stérile est indispensable.

Sans cette précaution, les fils et le greffon collent à la gaze, et il devient impossible d'enlever le pansement sans tout déchirer.

IV. Le greffon ne reste pas identique à lui-même, la peau tend à prendre les *caractères du tissu qui l'environne*.

Voir plus loin, observation Dantrelle II et III.

Dans ces deux cas, le greffon était devenu chéloïdien et angiomateux.

Cette curieuse évolution est très avantageuse, car le greffon ne se distingue pas de la peau avoisinante par une coloration différente.

Il est bon si l'on désire un résultat esthétique parfait de faire après l'opération des scarifications sur la région suivant la technique habituelle en dermatologie.

V. S'il existe une cicatrice, il ne faut pas hésiter à l'enlever entièrement même si la perte de substance à combler devient considérablement plus grande. Dans ce cas il est bon de disséquer la peau des bords de la perte de substance, pour éviter un trop grand tiraillement du lambeau.

Observations de Dantrelle

OBSERVATION I

U... G., âgé de vingt et un ans.

A l'âge de onze ans et demi, il s'est brûlé accidentellement la face du côté droit, ainsi que le membre supérieur droit. A la suite de la brûlure au visage, il s'est produit un ectropion considérable.

La commission de réforme chargée de statuer sur son aptitude au service militaire, l'envoie à l'hôpital n° 120, Oltea Domna, centre ophtalmologique de Iassy, le 24 septembre.

La peau de la moitié droite de la face présente une vaste cicatrice avec des vaisseaux angiomateux et par place du tissu chéloïdien et des brides cicatricielles. L'ectropion cicatriciel est très prononcé, il a une forme triangulaire, environ deux centimètres sur trois. Le bord ciliaire est conservé mais il est atrophié et dépourvu de cils. Ce blessé fut opéré le 3 octobre suivant la technique précédente.

A l'œil gauche, la paupière après l'enlèvement des fils, laisse des cicatrices chéloïdiennes.

A l'œil droit, après le premier pansement consécutif à l'opération, le lambeau est d'une couleur rouge foncé. Deux ou trois points sont sphacelés, mais l'ensemble du lambeau a bien pris. Il prend peu à peu l'aspect chéloïdien comme les régions avoisinantes, mais il se rétracte beaucoup et il persiste un très léger ectropion.

OBSERVATION II

S.-G. V..., née à Ivezi, trente-sept ans.

Au mois de septembre 1917, elle contracta une pustule maligne de l'œil gauche. Les 2 paupières gauches gangrenées ont commencé à se cicatriser au bout de trois semaines, pendant lesquelles la malade a beaucoup souffert. La cicatrisation a duré six semaines, elle a abouti à une lagophtalmie considérable par destruction des deux paupières. De plus il existe en bas une très grande cicatrice adhérente à l'os.

La gêne occasionnée par cette lagophtalmie finit par devenir intolérable et la malade se présente à l'hôpital n° 120 le 13 novembre. Il est à signaler que le globe oculaire est normal et que toute la région péri-oculaire est rouge foncé et d'aspect angiomateux.

L'opération est pratiquée suivant la technique précédente le 14 novembre. L'enlèvement de la cicatrice au cours de l'opération a été totale.

Le lambeau a parfaitement bien pris au bout de huit jours. Au premier pansement, il a l'aspect qu'avait la paupière du côté sain et contraste avec la couleur rouge foncé du tissu de l'œil gauche.

Très rapidement ce lambeau se transforme et prend la

couleur rouge foncé et l'aspect angiomateux de la région péri-oculaire.

Pour diminuer la coloration rouge foncé, une série de scarifications à intervalles d'une semaine a permis d'obtenir un résultat esthétique satisfaisant.

En beaucoup de points, il est impossible de retrouver les limites du lambeau.

OBSERVATION III

D. R..., vingt et un ans, blessé le 27 juillet à Marasesti. Le 28 juillet il entre dans un hôpital de Vaslui pour panophtalmie de l'œil droit et fracture de l'extrémité externe de l'arcade orbitaire.

2 août. — L'énucléation fut pratiquée et le malade évacué à Iassy. Il entre le 12 août à l'hôpital de Saint-Spiridon où la consolidation est obtenue.

21 octobre. — Il entre à l'hôpital Oltea Domna.

La conjonctive de cet œil énucléé avait presque entièrement disparu, sauf en haut où le cul-de-sac atteignait une profondeur de 1 centimètre environ.

Le cul-de-sac inférieur est complètement absent et le bord ciliaire adhérent au fond de la cavité conjonctivale.

14 novembre. — Il a été opéré. Transplantation d'un lambeau conjonctival de l'œil gauche dans la cavité droite après débridement.

Le cul-de-sac a pris une hauteur d'environ 3 millimètres. Le résultat obtenu n'est pas suffisant. Le 5 décembre, le blessé fut réopéré suivant la technique décrite précédem-

ment. Le lambeau a fort bien pris. La cavité est considérablement augmentée.

OBSERVATION IV

Sch... N..., âgé de vingt-quatre ans.

18 septembre 1917. — Blessé à Panciu par éclat d'obus, dans la région orbitaire droite. Il entre à l'hôpital de Tutova le 18 septembre. La paupière supérieure est déchirée, la cornée est ulcérée ; il sort consolidé et est envoyé à l'hôpital Oltea Domna à Iassy, pour antoplastie. La paupière supérieure droite a complètement disparu, le bord ciliaire soudé à l'arcade orbitaire.

La cornée présente un leucome très grave et l'acuité visuelle est réduite à la perception lumineuse.

12 décembre. — Le malade est opéré suivant le même procédé. Quelques petits points de sphacèle, la paupière est néanmoins refaite, avec aspect chéloïdien. La tarsorrhaphie est sectionnée, l'occlusion est parfaite.

OBSERVATION V

C... D., vingt ans.

A l'âge de six mois, il a été brûlé à l'œil gauche, mais ce n'est qu'au cours d'une visite en vue de son aptitude militaire qu'il est envoyé à l'hôpital n° 120 pour être opéré le 21 décembre 1917.

Le malade présente un ectropion cicatriciel très marqué à

l'œil gauche, la paupière inférieure a disparu, le bord ciliaire seul, reste partiellement atrophié.

L'ectropion a une hauteur de 2 centimètres sur une base de 3 centimètres.

La conjonctive ectropionnée a une teinte blanchâtre qui lui donne l'aspect de la peau.

Le globe oculaire est normal. Toute la région péri-oculaire, et de la joue gauche est cicatricielle, pigmentée.

Le malade fut opéré le 28 décembre, par le procédé précédent. Le lambeau a pris sauf dans une petite partie du bord interne. Vingt jours après, il est impossible d'en distinguer les limites.

OBSERVATION VI

C... P., agé de vingt-trois ans, fondeur de profession. A l'âge de quatorze ans, il s'est brûlé à l'œil gauche très profondément et il fut soigné à Bucarest, à l'hôpital Colțza.

La cornée a guéri de son ulcère mais la paupière supérieure manque en partie. Le bord ciliaire est soudé au sourcil à l'angle interne.

Malgré cette lagophthalmie très gênante, le sujet est envoyé par la commission de réforme à l'hôpital Oltea Domna pour y subir une blépharoplastie.

Il présente à cette date (4 janvier 1918) un ulcère causé par cette lagophthalmie.

Toute la région de la paupière supérieure restant et les sourcils sont couverts par des cicatrices pigmentées.

Il est opéré le 11 janvier par le procédé décrit.

Au bout de huit jours le lambeau a parfaitement pris, le résultat est excellent ; quant à l'œil porte-greffon, il est impossible de voir que l'on y a prélevé un lambeau total.

Dans la seconde partie de notre séjour en Roumanie nous avons eu l'occasion de faire personnellement sept blépharoplasties par le procédé de Dantrelle ; quatre étaient des blessés de guerre provenant de la bataille de Marasesti, deux étaient d'anciens brûlés, la septième était une femme qui avait été blessée accidentellement par un taureau plusieurs années auparavant.

Les observations détaillées n'ajouteraient rien de plus pour convaincre de la valeur du procédé. Sauf la première de ces sept, dont le greffon est resté le cinquième jour dans la gaze du pansement, arraché peut-être trop vivement et alors que nous avions omis d'employer la vaseline stérilisée, comme le recommande Dantrelle ; tous les 6 autres cas nous ont donné des résultats excellents, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique.

CONCLUSIONS

De ces expériences faites sans parti-pris, à quelques mois d'intervalle, sur des cas analogues, nous pouvons tirer un certain nombre de conclusions des différents procédés de blépharoplastie :

Les procédés par glissement donnent des cicatrices toujours visibles et souvent disgracieuses.

Le procédé de greffe à l'Italienne, en empruntant le greffon au bras, donne d'excellents résultats, mais au point de vue esthétique il n'est pas parfait : la peau greffée tranche par ses caractères sur la peau si spéciale de la paupière. Il nécessite une deuxième intervention pour la section du pédicule.

Le procédé nouveau qui consiste à prendre un greffon sans pédicule au niveau de la paupière supérieure du côté sain ou même pour la réfection de la paupière inférieure au niveau de la paupière supérieure du même côté, présente des avantages certains.

Cette greffe est possible :

1^o Du côté du porte-greffon par libération de la peau et son glissement facile ;

2^o Du côté de l'œil à recouvrir par la facilité

d'adaptation de cette peau qui est de même nature.

Les avantages sont les suivants :

- 1° Aspect plus esthétique ;
- 2° Absence de cicatrice visible ;
- 3° Anesthésie locale suffisante et hémostase plus facile.

Vu : le Président de la thèse
DE LAPERSONNE

Vu le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

MÉTHODES

- Rollet.* — Rev. générale d'Ophtalmologie, novembre 1903.
Landolt. — Arch. d'Ophtalmologie, t. V, p. 481, 1885.
Mirault. — Ann. d'Ocul., t. XXV, p. 121, 1851.
Wicherkiewicz. — Revue gén. d'Opht., 1891.
Morax. — Ann. d'Oculistique, p. 14, janv. 1908.
Graefé (V.). — Rhinoplastik, Berlin 1818.
Reneaume de la Garanne. — Hist. Académie Royale des Sciences, Paris 1721, p. 29, 1719.

GREFFES

- Ollier.* — Bulletin Acad. Médecine, janvier 1872.
Reverdin. — Société impériale chirurgie, 1870.
Thiersch. — Centralbl. für chirurgie, n° 24, 1886.
Wolfe. — Med. Times and Gaz., 1876.

TRAITÉS CLASSIQUES

- Denonvilliers et Gosselin.* — Traité.
Deval. — Chirurgie oculaire.
Wharton Jones. — Traité des maladies des yeux.
Wecker. — Chirurgie oculaire.
Encyclopédie Française d'Ophtalmologie. Art. Techn. chirurgicale Valude.
Magitot. — Bulletin de la Société d'ophtalmologie de Paris, 1917.
Lagrange. — Fractures de l'orbite. Collection Horizon.
Dantrelle. — Nouveau procédé de Blépharoplastie (Avec présentation de malades). Bulletin de la Société médicale du front Russo-Roumain. Iassy, février 1918.

